Le Numéro : 15 CENTIMES — 4 Mai 1895. — 7 FRANCS par An

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LES PARALYSIES OCULAIRES D'ORIGINE TABÉTIQUE, par le professeur Panas. 161
GASTOMOSES URETÉRALES, par le Dr Mauclaire. 162
MÉDECINE PRATIQUE. Traitement du pityriasis versicolore. Affections hyperthermiques des enfants. La balnéothérapie froide 165
ANALYSES DES TRAVAUX français et étrangers 166
HYGIÈNE PRATIQUE. La stérilisation de l'eau en campagne par le Dr Langlois 168
SOCIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES. . . . . BXIV

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 8 mai 1895, à 1 heure. — M. Niquet : Recherches sur les causes du cancer en Normandie et en Picardie ; MM. Potain, Fournier, Chauffard, Gaucher. — M. Lacavalerie ; Étude sur le lupus érythémato-tuberculeux ; MM. Fournier, Potain, Chauffard, Gaucher.

Jeudi, 9 mai 1895, à 1 heure. — M. Lapeyre : Anatomie du pied bot varus équin et de son traitement par la résectomie : MM. Guyon, Debove, Schwartz, Charrin. — M. Phulpin : La sciatique. Etude des scolioses homologue et attenante, des troubles de la sensibilité et des réactions électriques : MM. Debove, Guyon, Schwartz, Charrin. — M. Durand : Contribution à l'étude de la kyroïdectomie partielle dans le goitre exophtalmique : MM. Debove, Guyon, Schwartz, Charrin. — M. Marchal : Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne ; MM. Le Dentu, Pozzi, Ballet, Albarran. — M. Bariety : Des hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicite : MM. Le Dentu, Pozzi, Ballet, Albarran. — M. Collet : Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres ; MM. Le Dentu, Pozzi, Ballet, Albarran.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 mai 1895. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Tuffier, Lejars. — 2e Oral (Première partie, 1re série) : MM. Hayem, Delbet, Poirier. — 2e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Fournier, Segond, Sebileau. — 2e Oral (Première partie, 3e série) : MM. Kirmisson, Gley, Retterer. — 3e Oral (Première partie) : MM. Pinard, Malaguier, Ricard.

Mardi 7 mai 1895. — Dissection : MM. Richelot, Quénu. — 2e Oral (Première partie) : MM. Campenon, Poirier, Ménétrier. — 2e (Deuxième partie) : MM. Pouchet, Ballet, Hanriot. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Marfan, Marie. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité, (1re série) : MM. Guyon, Brun, Albarran. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Pozzi, Nélaton. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Raymond, Hallopeau, Letulle. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement rued'Assas : MM. Budin, Schwartz, Bar.

Mercredi 8 mai 1895. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Delbet, Poirier. — 2e Oral (Première partie) : MM. Gley, Retterer, Sébileau. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu, 1re série) : MM. Segond, Ricard, Jalaguier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Tuffier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Brissaud, Dejerine.

Jeudi 9 mai 1895. — Médecine opératoire : MM. Polaillon, Richelot, Quénu. — 2e Oral (Première partie) : MM. Cornil, Raymond, Poirier. — 3e Oral (Première partie), 1re série : MM. Panas, Nélaton, Bar. — 3e Oral (Première partie), 2e série : MM. Budin, Remy, Brun. — — 4e : MM. Proust, Pouchet, Chantemesse.

Vendredi 10 mai 1895. — Dissection : MM. Delbet, Ricard, Sebileau. — 2e Oral (Première partie), 1re série : MM. Gley, Retterer, Poirier. — 2e Oral (Première partie), 2e série : MM. Marchand, Jalaguier, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Kirmisson, Tuffier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Hayem, Grancher, Brissaud. — 5e (Première partie). Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Segond, Varnier.

Samedi 11 mai 1895. — Dissection : MM. Pozzi, Schwartz, Poirier. — 2e Oral (Première partie), 1re série : MM. Polaillon, Remy, Nelaton. — 2e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Le Dentu, Quénu, Brun. — 2e (Deuxième partie) : MM. Raymond, Hallopeau, Roger. — 5e (Première partie), Chirurgie Hôtel-Dieu : MM. Panas, Polaillon, Albarran. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Marfan, Menetrier. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement rue d'Assas : MM. Budin, Richelot, Bar.

RÉFORMES HOSPITALIÈRES

Consultations externes et admissions dans les hôpitaux parisiens.

La question des réformes hospitalières, dont nous avons entretenu nos confrères[1], entre, depuis quelques jours, dans une phase nouvelle. Le projet du Conseil municipal vient d'être publié sous forme d'un arrêté pris par M. le Directeur de l'Assistance publique parisienne, daté du 2 mars dernier et signé E. Peyron. On pourra en lire les détails dans les différents journaux.

Il nous paraît indispensable de remarquer que l'ensemble des réformes représente, *sauf sur certains points spéciaux*, un progrès réel et apporte une amélioration notable dans les différentes questions de l'admission des malades, des consultations externes et des remplacements dans les services hospitaliers.

Les points spéciaux, objets de nos griefs, seront considérés à part, dans un instant. Parlons d'abord de quelques sages dispositions prises par l'Administration.

En premier lieu, le Bureau Central d'admissions sera enfin supprimé. Chaque hôpital répartira, selon un ordre bien fixé, ses malades admis d'urgence et *en excédent des disponibilités*. L'article 8, qui suit ce paragraphe, est ainsi conçu : « Des hôpitaux ou des services seront « spécialement affectés, s'il y a lieu, à titre permanent « ou temporaire, au placement de ces malades. » Je dis que si l'Administration tient les promesses qu'elle vient d'ainsi formuler, ce sera un bienfait inespéré, une réforme humanitaire qui sauvera la vie d'un nombre incalculable de malheureux. Le corollaire nécessaire est, en effet, le suivant :

ARTICLE UNIQUE. — *Il n'y aura plus de brancards* (lits supplémentaires) *dans les services hospitaliers.*

Ainsi, l'encombrement si meurtrier de nos salles de médecine et même de chirurgie par les malades en surcharge ne pourra plus se produire.

***

Le lecteur bénévole veut-il une preuve positive de la gravité de la situation actuelle, contre laquelle, tous tant que nous sommes, nous fulminons depuis un temps immémorial ? Voici des chiffres dont on ne saurait mettre en doute l'éloquence ; je les prends dans un milieu hospitalier où je fréquente depuis bientôt six ans.

HOPITAL SAINT-ANTOINE

Nombre de lits (médecine et chirurgie) . .	745
Nombre de journées réglementaires d'hôpital pour 1894. . . . . = 745 × 365 =	271.925
Nombre de journées dépensées en 1894. .	330.507
Différence en plus. . . . . =	58.582

Ces chiffres ne donnent qu'une idée approximative des brancards utilisés chaque jour. On les peut évaluer, sans crainte, à 150, 200 et même 300 par jour.

Cela suffit, car il en est de même, toutes proportions gardées pour les 12 autres hôpitaux généraux parisiens.

Plus de brancards ! ou, si la voix du corps médico-chirurgical pouvait être encore entendue, jamais de brancards séjournant plus de vingt-quatre heures, car il faut tenir compte des impedimenta imprévus. Cette réforme, si elle s'effectuait dès le 1er juin prochain (époque probable de la mise en vigueur de l'arrêté du 2 mars), nous consolerait quelque peu de notre décapitation : elle servirait de baume à nos douloureuses méditations sur les vanités des choses hospitalières !

Une conséquence immédiate serait la diminution de la mortalité des hospitalisés, dans des proportions inconcevables.

Ah ! si par-dessus le marché, les règlements draconiens qui nous vont diriger dorénavant avaient le courage de décréter la *sélection des maladies chroniques* et des affections aiguës ! si l'Administration, rompant enfin avec des errements anciens, trop coupables, triait les phthisiques, les cancéreux, les ulcères variqueux, les ataxiques, bref la tant douloureuse et trop longue théorie des infirmes ! Si elle les recueillait et logeait, non dans ses services généraux qu'ils encombrent, mais dans des hospices spéciaux, confortables, moins coûteux, où ils seraient assurés de séjourner tout le temps nécessaire ! les reproches virulents que le corps médico-chirurgical sacrifié adresse à ses bourreaux, se perdraient au milieu des louanges et des *Hosannah* enthousiastes !

Nous prouverions, du même coup, à nos édiles que, malgré les assertions du journal *La Ville*[1], les médecins des hôpitaux tiennent, avant tout, au bien-être de leurs malades.

Hélas, l'arrêté, si cruel pour nous, ne souffle pas mot de ces progrès nécessaires et il est à craindre que cette double réforme ne soit longtemps encore qu'un rêve chimérique, réalisable seulement le jour où l'Assistance publique, le Conseil municipal et la Nation seront arrivés à l'âge d'or entrevu par les poètes et prédit par les hygiénistes les plus philanthropes.

1. V. la *Presse médicale*, n° du 20 avril 1895.

1. L'Hôpital aux malades. N° 162 du 20 avril 1895, p. 2.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques | Câbles et fils isolés | Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux | Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Hygiène de la Peau et Préservatif de la Contagion
SAVON ANTISEPTIQUE BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, *22, Boul. Poissonnière, Paris.*

DEPUIS QUATRE SIÈCLES
POUGUES
est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

CHARBON naphtolé FRAUDIN, antiseptique, granulé.

En attendant cette heure bénie, scrutons les réformes que l'arrêté nous apporte. Son but, très louable, serait d'assurer un meilleur fonctionnement des services d'admission et de consultation. En outre, il donne aux médecins des hôpitaux l'avantage de se pouvoir spécialiser de bonne heure, à leur choix. Nous y gagnons donc aussi quelques petites choses, à côté des trésors que nous devons perdre.

Le malheur est que le *droit d'admission et de consultation* qui nous est ravi, on le donne à une série trop compliquée de personnes : 1° au médecin (ou chirurgien) de consultation ; 2° à son assistant ; 3° à l'assistant de l'assistant (assistant suppléant de consultation) ; 4° à l'interne de garde ; 5° au directeur de l'hôpital ; 6° au médecin traitant du Bureau de bienfaisance (sur avis spécial du directeur, il est vrai) et enfin 7° à nous-mêmes comme faveur spéciale, sur demande transmise par voie hiérarchique au directeur général. Si bien, que tout le monde, ou à peu près, dans le personnel administratif, *pourra* admettre des malades dans nos services, excepté nous-mêmes !

Et encore, si la chinoiserie s'arrêtait là, on comprendrait qu'il est décidé de nous enlever, à nous indignes, toute autorité morale sur les malades soignés par nous dans nos salles. Il y a plus encore, et voici comme : Les services de *remplacements* (art. XXXIX) pendant les vacances d'été seront assurés par : 1° nos collègues chefs de service, 2° les médecins des hôpitaux (ex-médecins du Bureau central) chargés des remplacements ; 3° ceux chargés de services temporaires ; 4° enfin, *par les médecins et chirurgiens chargés de la consultation*, etc... » Ainsi, la triple fonction dont on nous juge incapables (admissions, consultations externes et traitement des hospitalisés), ce *lourd* service dont on nous décharge, on le donne pendant deux mois de l'année (15 juillet-15 octobre) à qui ? non pas seulement à nos collègues du Bureau central, comme cela a lieu en ce moment, mais même aux assistants de consultation (docteurs en médecine, demeurés internes quatre ans durant, et nommés *au choix*), pourquoi pas aussi aux assistants suppléants, peut-être ?

Vraiment, la critique serait trop violente, si l'on voulait la pousser à ses dernières limites. Il n'y a qu'à se taire : une pareille désorganisation n'est pas coupable, elle est insensée.

* * *

Un mot encore, pour terminer cette série d'objections, car nous en aurons trop et de trop bonnes à fournir, à leur heure, quand il deviendra utile de les faire valoir. Les bouleversements, projetés d'un cœur aussi léger, lèsent non seulement les intérêts moraux des indigents, mais encore les intérêts matériels de l'Assistance publique : ils coûteront fort cher. Ce n'est pas à dire qu'il ne faille faire aucune dépense pour la réorganisation des services de consultation, déplorablement installés dans un grand nombre de nos hôpitaux généraux.

La réinstallation matérielle des salles d'attente et des cabinets de consultation est urgente, tout le monde s'en plaint ; les malades sont les premiers à en souffrir, d'une façon parfois tragique, comme je le montrerai bientôt.

Pour le matériel des services de consultation, donc, tout ou presque tout est à organiser, sinon à refaire. Mais nous ne parlons, en ce moment, que du *personnel* médico-chirurgical des consultations.

Eh bien ! le projet nouveau comporte, à première vue, une somme d'argent considérable, pour chaque année. Les médecins et chirurgiens de consultation seront au nombre de 36, si la refonte se fait d'après le tableau annexé au premier projet Peyron (1894) : 10 hôpitaux excentriques et 8 hôpitaux du centre. Les jetons de présence sont d'un calcul facile : 3.000 francs par chef de service dans un l'hôpital excentrique (300 journées à 10 francs), 1.500 pour le chef de service d'un hôpital du centre, ce qui fait en comptes ronds :

60.000 + 24.000 = 84.000, d'une part.

D'autre part, les externes de consultation, dont le nombre n'a pas encore été fixé, ne pourront pas être moins de 4 par service de médecine ou de chirurgie ; c'est un minimum. Leurs fonctions seront pénibles ; arriver chaque matin, de bonne heure, dans un hôpital éloigné, cela se paie au moins aussi bien que le service d'externe ordinaire attaché au traitement des malades hospitalisé : 50 francs par mois pour les services excentriques, 30 francs par mois pour les services du centre. Nous compterons 144 externes, au minimum, dont 80 pour les services éloignés et 64 pour les services du centre : Cela donnera au bas mot = 71.040 francs, lesquels joints aux 84.000 alloués aux chefs de service établissent les dépenses minima nécessaires pour le personnel médico-chirurgical = 155.040 francs.

Je n'exagère en rien, il me semble, et je compare cette grosse somme d'argent au service actuel du Bureau Central, assuré (plus ou moins régulièrement) par 22 médecins, 16 chirurgiens et 12 externes du Bureau Central, représentant en bloc une dépense annuelle de 42.000 à 43.000 francs. De là, aux 155.000 francs demandés, il y a de la marge, comme l'on dit.

* * *

Mais, objectera-t-on, vous êtes les premiers à réclamer des réformes. Vous criez contre le Bureau Central de l'Hôtel-Dieu, vous sollicitez une réorganisation des consultations : on vous offre un projet coûteux (trop coûteux peut-être) et vous le refusez d'abord, sans en offrir un meilleur ni plus économique.

A quoi nous répondrons : on ne nous demande pas notre avis, on nous supprime sans phrases. Nous avons des projets, meilleurs les uns que les autres, plus pratiques, peu coûteux (pour ce qui est, du moins, du personnel médico-chirurgical). Loin de nous consulter, on ne nous fait même pas la grâce de nous entendre.

Qu'on nous écoute, et qu'on daigne nous appeler, nous sommes prêts ; nos projets de réformes, de notre côté, sont mûrs, assurément.

Voulez-vous une refonte des services de consultations ? j'ai la mienne, ou pour mieux dire, la nôtre, car c'est une de celles que nombre de nos collègues acceptent le plus volontiers.

Je la résume en trois articles :

ARTICLE 1er. — Tous les ans, au 31 décembre, les services de consultation sont répartis dans chaque hôpital, chacun des chefs de service assure sa consultation ; il s'engage à la faire lui-même (aidé ou non d'un assistant choisi par lui), *aux heures réglementaires* fixées par l'Administration.

ARTICLE 2. — Le chef de service qui refuse la consultation perd le droit d'admission des malades. Il est suppléé définitivement par un médecin du Bureau Central.

ARTICLE 3. — Tous les jours, de 8 heures à midi, un *interne provisoire de consultation*, assisté de 4 externes uniquement chargés de la consultation, examine d'avance et répartit les malades qui se présentent, vaccine, classe les suspects, dirige les contagieux suivant les règlements administratifs, bref, assure le service et règle les questions d'urgence, le tout sous la responsabilité effective du médecin et du chirurgien de service.

Un point, c'est tout ; pour le personnel du moins. En poussant au maximum l'organisation de mon projet, j'arrive à une dépense annuelle de 45.000 francs et je réponds que tout le monde serait content, aussi bien les malades que les médecins : 5 médecins et 5 chirurgiens de consultation, à 3.000 francs l'un, suffiraient amplement pour tous nos hôpitaux généraux.

Cette réforme si simple, qui pourrait devenir parfaite à condition que l'Administration nous imposât, de droit, des horaires de consultation, avec un roulement bien organisé, ne produirait son plein effet que flanquée de deux autres réformes : 1° la *réorganisation matérielle* des services de consultation, presque impraticables ; 2° la création dans chaque hôpital de *services spéciaux* affectés aux maladies de la peau, des yeux, des oreilles et du larynx et dirigés par trois collègues spécialistes.

Ces questions capitales, au premier chef, feront l'objet d'un autre article.

M. LETULLE.

HOPITAUX

Concours du Bureau central (médecine). — Le Jury du prochain concours est provisoirement composé de MM. Fournier, Grancher, Audhoui, Cuffer, Balzer, Rendu, Nélaton.

NOUVELLES

Collège de France. — M. le docteur CHARRIN, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, est nommé préparateur de la Chaire de médecine en remplacement de M. d'Arsonval, nommé professeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

29 avril 1895.

Traitement de deux cas de cancer par la sérothérapie. — MM. Richet et Héricourt ont appliqué la sérothérapie à un cas de fibro-sarcome récidivé et à un cas de cancer de l'estomac. Le sérum provenait d'un âne et de deux chiens auxquels MM. Richet et Héricourt avaient injecté le liquide obtenu par le broiement d'un ostéo-sarcome de la jambe enlevé par M. Reclus.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui avait été opérée en octobre 1894, par M. Terrier, d'une tumeur présentant l'aspect d'un fibro-sarcome, du volume d'une orange, remontant à huit mois, adhérente aux 6e, 7e et 8e côtes, sans envahissement des téguments. En février 1895, la tumeur récidivée avait le volume d'une noisette, et un mois plus tard, le 7 mars dernier, celui d'une petite orange. Le traitement sérothérapique fut commencé le 12 mars ; les injections, faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 centimètres cubes environ de sérum, furent continuées pendant quarante jours, ce qui représente une dose totale de 120 centimètres cubes de sérum. A partir du 26 mars, la tumeur diminua manifestement, et cette diminution s'accentua de plus en plus. Actuellement, on ne trouve plus à sa place qu'une plaque d'induration, dont les contours sont difficiles à délimiter et dont le volume, dans son ensemble, n'atteint pas le tiers du volume de la tumeur primitive. L'état général s'est sensiblement amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable. Donc, une tumeur de nature certainement cancéreuse a non seulement été améliorée, mais *guérie* par les injections de sérum, alors que tout traitement autre que l'ablation par l'instrument tranchant eût été certainement impuissant.

La seconde observation est due à M. Reclus. Un individu de quarante-quatre ans, entra à la Pitié le 27 mars dernier pour une tumeur de la région épigastrique inférieure, du volume d'une grosse orange, qui fut diagnostiquée cancer de l'estomac. Toute intervention chirurgicale ayant été considérée comme impossible, le traitement sérothérapique fut décidé et commencé le 6 avril par une première injection de 4 centimètres cubes de sérum. De cette date au 24 du même mois, on injecta la dose relativement considérable de 64 centimètres cubes. Une amélioration dans l'état général survint promptement. Le poids du malade qui, le 10 avril, était de 57 kilogrammes, était le 16 de 58 et le 23 de 60 kilogrammes. Dès le 10 avril également, la tumeur avait diminué de volume, et cette diminution s'accentuait assez rapidement pour que le 20 du même mois elle ne fût même plus sentie comme tumeur isolée, saillante. La palpation de la région épigastrique ne donnait plus que la sensation d'un plan résistant, d'une sorte d'empâtement profond, très vague, difficile à limiter.

L'amélioration a donc été rapide, éclatante et incontestable, au point que l'on peut se demander s'il n'y a pas eu là, une erreur de diagnostic.

L'observation de M. Terrier n'en reste pas moins, venant prouver que le sérum anticancéreux a guéri un cas de cancer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 avril 1895.

Tuberculose larvée des trois amygdales. — M. Dieulafoy, à côté de la tuberculose aiguë du pharynx, douloureuse, granuleuse, à côté de la tuberculose chronique, ulcéreuse, sans grand retentissement lymphatique, décrit une troisième forme qu'il désigne sous le nom de *tuberculose* larvée, confondue d'une part avec les végétations adénoïdes, d'autre part avec l'hypertrophie simple des amygdales.

Le fait ressort clairement des expériences d'inoculation pratiquées à des cobayes avec des fragments de tissu adénoïde ou d'amygdales enlevés par MM. Cuvillier, Castex, Ménard, Caflot, Bonnier. 96 inoculations ont donné des résultats tels que le professeur Dieulafoy a pu en conclure que 12 fois sur 100 les hypertrophies amygdaliennes et 20 fois sur 100 les végétations adénoïdes sont tuberculeuses.

Et ce n'est pas là une tuberculose secondaire, mais bien une tuberculose primitive, larvée, dont la pathogénie est, du reste, facile à concevoir.

En effet, en premier lieu, il est bien établi que les sujets auxquels tissus adénoïdes ou amygdales hypertrophiées ont été enlevés étaient, héréditairement, ce que l'on est convenu d'appeler des lymphatiques, excellents terrains de culture pour le bacille.

D'autre part on sait, d'après les travaux de Straus, que la présence de bacilles tuberculeux virulents dans les cavités nasales d'individus sains, est évidente ; que la déglutition d'aliments contenant le bacille de Koch peut infecter les amygdales et le tissu adénoïde du pharynx, alors même que l'épithélium est intact.

Voilà donc expliquée la première étape de la tuberculose larvée pharyngienne.

Cette première étape peut ne pas être franchie, l'infection tuberculeuse étant enrayée ; mais, par contre, le bacille peut aussi évoluer, et retentir sur le système ganglionnaire.

Cette tuberculose ganglionnaire peut, elle aussi, s'arrêter dans son évolution et guérir ; ou bien, sous l'influence d'infections secondaires, scarlatine, rougeole, coqueluche, évoluer vers la suppuration et se généraliser. Alors, de ganglions en ganglions, de réseaux en réseaux, le bacille arrive à la grande veine lymphatique ou au canal thoracique, est lancé dans la circulation veineuse, et par le cœur droit arrive enfin au poumon.

C'est là une troisième étape, pendant laquelle le bacille pourra encore s'arrêter, d'où la guérison, ou continuer son évolution, d'où les hémiplégies et finalement la vulgaire tuberculose pulmonaire.

Dans une communication ultérieure, M. Dieulafoy exposera quel doit être le traitement de cette forme de tuberculose si intéressante par elle-même et par son rôle pathogénique dans les adénites et dans la phthisie pulmonaire.

M. Chauveau a communiqué autrefois à l'Académie plusieurs observations prouvant que, chez les animaux auxquels on fait ingérer des aliments tuberculeux, l'infection peut se faire par inoculation au niveau du tissu adénoïde de la base de la langue ou de l'isthme du gosier, inoculation attestée par des tuméfactions ganglionnaires au niveau du cou et de la région sous-maxillaire. L'inoculation tuberculeuse peut se produire à la faveur d'une petite érosion, mais souvent aussi on ne trouve aucune altération de l'épithélium.

Ces exemples montrent que les faits de M. Dieulafoy avaient déjà été observés et signalés chez les animaux.

Il est également établi que les tuberculoses locales peuvent guérir sans se généraliser, chez les animaux comme chez l'homme. M. Chauveau n'a jamais pu donner une infection généralisée aux bovidés en leur inoculant de la matière tuberculeuse dans le tissu conjonctif sous-cutané.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 avril 1895.

La formation du glycogène dans l'organisme animal. — M. Kaufmann, contrairement à M. Dastre, soutient que le glycogène passe, au même titre que le sucre, en solution dans le plasma sanguin. En effet : 1° M. Livierato, a constaté la présence manifeste du glycogène, en dehors des globules sanguins, sur des préparations sèches de sang ; 2° M. Lépine a établi qu'un quart d'heure après sa sortie des vaisseaux, le sang contenait une plus grande quantité de matière glycogène ; 3° Il a réussi à déceler au moyen des réactifs habituels l'existence du glycogène dans le sérum sanguin d'un chien rendu préalablement diabétique par l'extirpation du pancréas.

M. Dastre fait remarquer qu'en soutenant avec Cl. Bernard que le glycogène est fixé sur les éléments anatomiques, il a seulement visé le sang ou les organes de sujets normaux ; or, le chien sur lequel a expérimenté M. Kaufmann était diabétique.

De ce que le sang de cet animal contenait de la matière glycogène, on ne saurait inférer que celle-ci se rencontre également dans le sang d'un chien bien portant. Il est probable, en effet, qu'à l'état pathologique les rapports de la matière glycogène et du sang sont renversés.

M. Kaufmann considère l'état pathologique comme l'exagération de l'état physiologique ; en expérimentant sur un chien diabétique, il a peut-être grossi le phénomène, mais ne l'a pas dénaturé.

M. Dastre ne croit pas, au contraire, qu'on soit auto-

risé à considérer l'état pathologique comme une simple exagération de l'état physiologique : il est infiniment plus probable qu'il y a là une véritable déviation de phénomènes normaux.

En somme, il est établi, que si le sang enlève du glycogène au foie, il n'en enlève qu'une portion infinitésimale, tandis qu'il charrie une quantité de sucre relativement considérable. Il maintient donc que le glycogène est une forme fixe des hydrates de carbone par rapport au sucre, qui en est la forme mobile ou circulante.

Nouvelles recherches sur la résistance à la fatigue des rats décapsulés depuis longtemps. — **M. Boinet** (de Marseille). La résistance à la fatigue de onze rats décapsulés, l'objet de sa dernière communication, pouvant laisser supposer une régénération au moins partielle des capsules surrénales, a pris au hasard deux de ces rats décapsulés depuis cinq mois, les a sacrifiés et, à l'autopsie, n'a pas trouvé la moindre trace de ces organes.

Deux nouvelles séries d'expériences lui ont prouvé, contrairement aux idées régnantes sur les fonctions des capsules surrénales, que des rats doublement décapsulés depuis six et sept mois ont presque aussi bien résisté que des rats sains à une fatigue intensive produite soit par la rotation à la vapeur, soit par des décharges électriques.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1er mai 1895.

Fistules uretéro-vaginales. — **M. Ricard.** A propos de la guérison spontanée de certaines fistules uretéro-vaginales, je ferai remarquer que le diagnostic en est souvent très délicat et qu'on peut assez facilement prendre pour une fistule de l'uretère ce qui n'est qu'une fistule de la vessie. L'injection dans la vessie de liquide coloré ne tranche pas toujours la question ; en effet, si le liquide ne sort pas par le vagin, on ne doit pas en conclure que la fistule n'est pas vésicale, la forme et la configuration de la fistule pouvant ne permettre qu'une issue intermittente soit de l'urine, soit des liquides injectés.

M. Tuffier. En faisant la communication qui a donné naissance à cette discussion, j'ai insisté sur l'étiologie, le mécanisme et le traitement des fistules uretéro-vaginales.

J'ai dit d'abord que leur siège à droite est le plus fréquent : sur 28 observations que j'ai recueillies je trouve en effet que 7 fois seulement la fistule est à gauche. Pourquoi et comment l'uretère droit est-il plus facilement lésé que le gauche ? Je pense que cela tient à la plus grande difficulté des manœuvres opératoires à droite, et non, comme on a dit, à la prédominance des lésions : je ne sache pas que les annexes droites soient plus adhérentes ou plus gravement atteintes que les annexes gauches.

A propos du traitement, j'ai fait observer qu'il existe des fistules incomplètes dont la guérison spontanée est possible. Ce fait a paru étonner ; il est cependant incontestable. Les plaies latérales de l'uretère guérissent spontanément à n'en pas douter : je n'en veux pour preuve que l'uretérotomie sans suture que l'on a proposée de préférence à l'uretérotomie avec suture, parce qu'elle est plus simple et se termine par la guérison sans fistule, tout comme la seconde.

Enfin on m'a objecté que peut-être il ne s'agissait pas de fistule uretérale, mais bien de fistule vésicale. Dans une de mes observations, j'ai lié l'uretère par la voie abdominale et l'urine a cessé de couler : il s'agissait donc bien de fistule uretérale. Dans l'autre, j'ai pu introduire une sonde et à moins de supposer, ce qui est inadmissible, qu'elle s'est enroulée plusieurs fois sur elle-même, elle a bien dû pénétrer dans l'uretère. Mais en pareille circonstance, le mieux sera désormais de pratiquer la cystoscopie et le cathétérisme rétrograde de l'uretère, avant l'opération pour s'assurer du siège exact de la fistule, après pour voir s'il existe ou non un rétrécissement. Je persiste à croire, en effet, que les rétrécissements de l'uretère entraînent un pronostic fâcheux, ainsi d'ailleurs que l'ont démontré les expériences de Guyon, de Basy et les miennes.

Quant à la thérapeutique, nous sommes fixés sur un point, c'est que la néphrectomie est un pis aller et que les opérations conservatrices doivent toujours être tentées. Je donne la préférence à l'uretéro-néo-cystostomie par la voie vaginale. Quoi qu'on en ait dit, on peut libérer l'uretère par le vagin, l'abaisser et le suturer à la vessie. L'opération est loin d'être compliquée et les objections qu'on lui fait ressemblent assez à celles que l'on a faites à l'hystérectomie et n'ont pas plus de valeur. Ce n'est qu'exceptionnellement, quand l'uretère n'est pas abaissable, que la voie abdominale serait à recommander.

Comme procédé exceptionnel, je crois enfin qu'on pourrait avoir recours au procédé de Rydigier.

M. Bazy. Je voudrais insister encore sur la bénignité et la facilité de l'uretéro-néo-cystostomie pratiquée par la voie abdominale. Les résultats que j'en ai obtenus sont parfaits : chez une de mes malades existait une hydronéphrose due sans doute à un rétrécissement au niveau de la fistule. Cette hydronéphrose a disparu après l'intervention et n'a pas reparu. Chez l'autre, il y avait manifestement de l'uretéro-pyélite infectieuse ; or, à la suite de l'opération tous les accidents ont disparu : la malade n'a plus de fièvre et a engraissé de 12 kilogrammes.

Hystérectomie abdominale totale pour fibromes. — **M. Reynier.** Dans la dernière séance. M. Richelot nous a communiqué un procédé fort ingénieux d'hystérectomie abdominale totale. Persuadé comme lui qu'il faut supprimer le pédicule et que les méthodes actuelles sont loin d'être parfaites, je suis fort disposé à essayer ce nouveau mode d'intervention. Mais je voudrais le comparer avec celui de Lanphear qui en diffère fort peu et me paraît même préférable. Lanphear commence par lier et sectionner les annexes, puis, inclinant le fond de l'utérus en arrière, fait une incision transversale du péritoine et détache méthodiquement la vessie de l'utérus ; ensuite il passe un doigt dans le vagin et perfore le cul-de-sac antérieur aux ciseaux. L'utérus est alors fortement attiré en avant et on procède de même pour le cul-de-sac postérieur. Quand ce dernier cul-de-sac est ouvert, l'utérus est confié à un assistant qui le tire en haut et latéralement ; on introduit une pince à hystérectomie de Polk par le vagin laissant une main dans le ventre pour guider les mors de l'instrument. Lorsqu'on s'est assuré que toutes les parties molles, formant en quelque sorte le pédicule latéral de l'utérus sont bien saisies, on serre la pince. Mêmes manœuvres du côté opposé, puis section au ras des pinces et ablation de l'utérus. Fermeture de la plaie abdominale et pansement.

Ce procédé ne diffère du procédé de M. Richelot que par la ligature des annexes et l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Or je pense que la ligature des annexes et leur ablation diminue la hauteur du ligament large et par suite favorise le placement de la pince. Quant à l'ouverture du cul-de-sac postérieur, elle me paraît préférable au trou pratiqué par Richelot à la base du ligament large. On peut craindre en effet que l'artère utérine soit perforée ou reste en dessous du trou et que par suite elle donne du sang. Enfin j'ajoute que la ligature préalable des annexes permet de ne pas faire diverger les pinces en dehors et de mieux éviter, par suite, la blessure de l'uretère.

Je regrette que M. Richelot ne nous ait pas donné des observations détaillées, avec le poids, le volume, les rapports du fibrome, tout autant de détails nécessaires pour bien apprécier les avantages de son procédé. Pour moi je reste partisan de l'hystérectomie abdominale suivant le procédé de Bouilly que je trouve préférable à l'opération de Lanphear, modifiée par Richelot.

Restauration du nez par support métallique. — **M. Villard** lit une observation de restauration du nez par support métallique. La difformité nasale était consécutive à une carie d'origine syphilitique. Le malade était âgé de quarante-neuf ans lors de l'opération. L'intervention remonte actuellement à dix mois et le résultat est très satisfaisant. L'appareil est très bien toléré.

Injections de teucrine dans les abcès froids. — **M. Quénu** montre un malade auquel il a guéri un abcès froid tuberculeux, d'origine osseuse, après six injections de teucrine, à raison de 3 grammes par injection.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

3 mai 1895.

Névrite périphérique d'origine traumatique. — **M. Catrin** présente un cavalier, âgé de vingt-trois ans, qui, à la suite d'une fracture avec cal vicieux, ayant nécessité depuis 1891 des séjours très prolongés dans les hôpitaux militaires, présente depuis près de deux ans sur la jambe fracturée, une zone d'anesthésie, accompagnée de tous les signes d'une névrite périphérique (diminution de 2 degrés environ dans la température, atrophie partielle, troubles des réflexes, etc.) ; dans la région anesthésiée se trouvent deux zones d'hyperesthésie très nettes, avec douleurs spontanées, comparées à celles que produirait une plaie permanente. Il n'existe d'ailleurs, aucun signe d'hystérie, et le malade ne présente (en dehors d'un chancre survenu il y a cinq ans environ et non suivi d'accidents ultérieurs) aucune tare pathologique héréditaire ou personnelle. Ce mélange de zones d'anesthésie et de zones d'hyperesthésie peut donc s'observer dans la névrite périphérique à l'exclusion de toute intervention de l'hystérie.

M. Rendu fait remarquer que le même phénomène peut se constater dans des cas de névrite périphérique indépendants de tout traumatisme, tels qu'on en observe, par exemple, chez des malades affectés de zona.

Péritonite tuberculeuse traitée par l'injection de naphtol camphré. — **M. Catrin**, ayant eu, depuis le mois de mars dernier, à traiter trois cas de péritonite tuberculeuse, soumit au traitement par l'injection de naphtol camphré (dans la proportion d'une partie de naphtol pour deux parties de camphre, conformément à l'avis de M. Rendu) un malade, atteint de tuberculose pulmonaire avancée principalement du côté gauche, en même temps que d'une péritonite dont la nature spécifique fut établie par l'injection au cobaye du liquide extrait au cours d'une première ponction. L'épanchement s'étant reproduit rapidement, M. Catrin fit, après seconde ponction qui donna également issue à 4 litres de liquide, une injection de naphtol camphré et constata d'abord une réaction caractérisée par de la douleur, une augmentation de l'hyperthermie et des vomissements ; au bout de peu de jours l'état général se trouva relativement meilleur et à partir du huitième jour environ, on pouvait sentir la formation d'un gâteau péritonéal, et l'épanchement ne s'est pas reproduit depuis lors. La péritonite adhésive, qui est le but de cette méthode thérapeutique, paraît donc avoir été favorisée par l'injection.

M. Rendu déclare que le gâteau péritonéal, à la formation duquel on assiste dans ces conditions, disparaît parfois au bout de cinq ou six mois.

Rappelant la malade qui avait fait le sujet de sa première observation et dont le liquide péritonéal avait également tuberculisé un cobaye, il ajoute qu'après avoir joui d'une santé parfaite pendant une demi-année environ, elle a présenté les signes d'une carie du sternum, puis une diarrhée chronique et enfin une stéatose généralisée qui a été la cause de sa mort. A l'autopsie, le péritoine était gris, épaissi, mais exempt de lésions tuberculeuses ; celles-ci existaient seulement dans les ganglions où l'infection paraît avoir été ainsi localisée.

Hématémèse consécutive à une hystérectomie. — **M. Mathieu** cite l'observation d'un malade qui avait subi l'hystérectomie, puis qui avait été transportée dans le service de médecine en raison de vomissements couleur chocolat, fréquents et copieux qui paraissaient justifier le diagnostic de cancer gastrique. La malade, d'aspect cachectique, avait présenté, en effet, successivement de l'anorexie, des vomissements de plus en plus fréquents et enfin des hématémèses abondantes. Le toucher ne révélait, au voisinage du siège de l'opération, aucune tumeur pouvant faire supposer l'existence d'un cancer du petit bassin et le suintement qui s'en écoulait n'offrait pas l'odeur caractéristique de cette lésion. Au bout du quatrième jour seulement, le diagnostic fut rectifié, d'abord en raison de l'importance attribuée justement à la constipation, puis en raison de l'apparition de vomissements nettement fécaloïdes. Les lavements purgatifs et les injections aqueuses, essayées dans l'hypothèse d'une occlusion siégeant à peu de distance du rectum, demeurèrent sans résultats et la malade succomba dans la nuit, avant l'intervention chirurgicale qui venait d'être décidée.

L'autopsie montra qu'il s'agissait ici d'une occlusion d'abord incomplète et lentement accentuée, siégeant à 6 centimètres environ au-dessus de la valvule de Bauhin et constituée à la fois par une inclusion partielle de l'anse intestinale dans la cicatrice opératoire, et par un rétrécissement en même temps que par une torsion due à l'effet d'une bride cicatricielle. Dans ce cas d'obstruction, dont la marche lente contribuait à obscurcir le diagnostic, il est à remarquer que l'estomac paraissait absolument sain macroscopiquement, tandis que l'intestin grêle était fortement congestionné sur toute son étendue, de telle sorte que selon toute vraisemblance les vomissements noirs étaient constitués, dès leur apparition, par des vomissements fécaloïdes colorés par le fait d'une transsudation intense résultant de la congestion intestinale.

Syphilis du cœur, caractérisée par un pouls lent permanent. **M. Rendu** communique l'observation d'un plombier, âgé de quarante-trois ans, n'ayant jamais présenté d'accidents saturnins et n'ayant signalé dans ses antécédents que quelques attaques de rhumatisme infantile, qui fut amené dans son service avec l'aspect cachectique d'un cardiaque avancé. Comme dans les autres services, où il avait été soigné précédemment, on ne remarqua sur la peau aucune trace de lésion pouvant faire songer à la syphilis. Le malade œdématié et pâle présentait un cœur gros, dont la pointe battait dans le sixième espace, un souffle imputable à l'insuffisance mitrale, avec piaulements musicaux très manifestes, et un pouls extrêmement lent. Sous l'influence de la digitale, les symptômes d'asystolie s'atténuèrent, l'œdème disparut, mais l'orthopnée persista, ainsi que le souffle et les piaulements et surtout la lenteur des pulsations qui, sans arythmie et sans faux pas, ne dépassèrent jamais le chiffre de 32. Le caféine parut augmenter la force des battements cardiaques, mais ne releva pas la lenteur du pouls et ne diminua guère la dyspnée. La mort survint brusquement, par syncope.

A l'autopsie, on trouva un ventricule gauche très volumineux, sans indice de thrombose, et présentant une plaque jaune, à épaississements cartilagineux qui s'étendaient depuis les valvules aortiques jusque vers l'origine des muscles papillaires et qui produisaient un rétrécissement, correspondant parfaitement à la localisation des bruits pathologiques observés. A la base de la région aortique, vers l'insertion de la valvule mitrale, existait une gomme syphilitique, apparaissant sous l'aspect d'un gros noyau jaune et caséeux, entouré d'un anneau fibreux qui lui-même s'entourait d'une aréole de congestion et de prolifération embryonnaire.

Les phénomènes cliniques comprenaient, en dehors des signes de l'insuffisance mitrale, un pouls lent permanent, qu'on pourrait rapporter à l'existence de la tumeur précitée. Mais les faits de syphilis cardiaque signalés par Lancereaux, par Lang et par d'autres observateurs encore, indiquent dans tous les cas de ce genre un pouls faible et rapide. Dans le cas actuel, la lenteur du pouls n'est imputable à aucune altération protubérantielle et bulbaire. En revanche, la bradycardie, dans ce cas, trouve une explication très vraisemblable dans l'altération des reins qui présentaient une sclérose manifeste.

M. Gouraud demande s'il existait des lésions cutanées de nature syphilitique.

M. Hayem fait observer que, dans certains cas d'adipose cardiaque pouvant se produire dans le cours d'une syphilis ancienne et portant spécialement sur les fibres striées qui se trouvent alors remplacées par des gouttelettes graisseuses, le pouls lent permanent a été noté pendant la vie, et la teinte chamois des parties musculaires envahies tranche, à l'examen nécroscopique, sur la couleur rose des parties saines.

M. Rendu répond que les lésions viscérales, en l'absence de toute lésion cutanée, paraissaient tout à fait caractéristiques à l'examen macroscopique, et que d'ailleurs il a eu soin de conserver les pièces qui permettront le contrôle microscopique de la nature spécifique des altérations cardiaques.

BIBLIOGRAPHIE

Édouard Meyer. — *Traité pratique des maladies des yeux*, 4e édition. 1 vol. in-8°, avec 261 figures. Prix : 12 fr. (Georges Masson, éditeur).

L. Brocq et L. Jacquet. — *Précis élémentaire de dermatologie*. IIIe volume, maladies en particulier, dermatoses microbiennes et néoplasies cutanées, 1 vol. pet. in-8° de l'Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. Prix : 2 fr. 50 (Georges Masson, éditeur).

E. Terrier. — *Précis d'hydrothérapie scientifique* de N. Pascal. Deuxième édition, 1 vol. in-12, de 270 pages. Prix : 3 fr. 50 (Société d'éditions scientifiques).

G. Bardet. — *Formulaire des nouveaux remèdes*. Huitième édition, 1 vol. in-16 cartonné. Prix : 4 fr. (Octave Doin, éditeur.)

En attendant cette heure bénie, scrutons les réformes que l'arrêté nous apporte. Son but, très louable, serait d'assurer un meilleur fonctionnement des services d'admission et de consultation. En outre, il donne aux médecins des hôpitaux l'avantage de se pouvoir spécialiser de bonne heure, à leur choix. Nous y gagnons donc aussi quelques petites choses, à côté des trésors que nous devons perdre.

Le malheur est que le *droit d'admission et de consultation* qui nous est ravi, on le donne à une série trop compliquée de personnes : 1° au médecin (ou chirurgien) de consultation ; 2° à son assistant; 3° à l'assistant de l'assistant (assistant suppléant de consultation) ; 4° à l'interne de garde; 5° au directeur de l'hôpital; 6° au médecin traitant du Bureau de bienfaisance (sur avis spécial du directeur, il est vrai) et enfin 7° à nous-mêmes comme faveur spéciale, sur demande transmise par voie hiérarchique au directeur général. Si bien, que tout le monde, ou à peu près, dans le personnel administratif, *pourra* admettre des malades dans nos services, excepté nous-mêmes !

Et encore, si la chinoiserie s'arrêtait là, on comprendrait qu'il est décidé de nous enlever, à nous indignes, toute autorité morale sur les malades soignés par nous dans nos salles. Il y a plus encore, et voici comme : Les services de *remplacements* (art. XXXIX) pendant les vacances d'été seront assurés par : 1° nos collègues chefs de service, 2° les médecins des hôpitaux (ex-médecins du Bureau central) chargés des remplacements; 3° ceux chargés de services temporaires; 4° enfin, *par les médecins et chirurgiens chargés de la consultation*, etc... » Ainsi, la triple fonction dont on nous juge incapables (admissions, consultations externes et traitement des hospitalisés), ce *lourd* service dont on nous décharge, on le donne pendant deux mois de l'année (15 juillet-15 octobre) à qui? non pas seulement à nos collègues du Bureau central, comme cela a lieu en ce moment, mais même aux assistants de consultation (docteurs en médecine, demeurés internes quatre ans durant, et nommés *au choix*), pourquoi pas aussi aux assistants suppléants, peut-être ?

Vraiment, la critique serait trop violente, si l'on voulait la pousser à ses dernières limites. Il n'y a qu'à se taire : une pareille désorganisation n'est pas coupable, elle est insensée.

* * *

Un mot encore, pour terminer cette série d'objections, car nous en aurons trop et de trop bonnes à fournir, à leur heure, quand il deviendra utile de les faire valoir. Les bouleversements, projetés d'un cœur aussi léger, lèsent non seulement les intérêts moraux des indigents, mais encore les intérêts matériels de l'Assistance publique : ils coûteront fort cher. Ce n'est pas à dire qu'il ne faille faire aucune dépense pour la réorganisation des services de consultation, déplorablement installés dans un grand nombre de nos hôpitaux généraux.

La réinstallation matérielle des salles d'attente et des cabinets de consultation est urgente, tout le monde s'en plaint ; les malades sont les premiers à en souffrir, d'une façon parfois tragique, comme je le montrerai bientôt.

Pour le matériel des services de consultation, donc, tout ou presque tout est à organiser, sinon à refaire. Mais nous ne parlons, en ce moment, que du *personnel* médico-chirurgical des consultations.

Eh bien! le projet nouveau comporte, à première vue, une somme d'argent considérable, pour chaque année. Les médecins et chirurgiens de consultation seront au nombre de 36, si la refonte se fait d'après le tableau annexé au premier projet Peyron (1894) : 10 hôpitaux excentriques et 8 hôpitaux du centre. Les jetons de présence sont d'un calcul facile : 3.000 francs par chef de service dans un l'hôpital excentrique (300 journées à 10 francs), 1.500 pour le chef de service d'un hôpital du centre, ce qui fait en comptes ronds :

60.000 + 24.000 = 84.000, d'une part.

D'autre part, les externes de consultation, dont le nombre n'a pas encore été fixé, ne pourront pas être moins de 4 par service de médecine ou de chirurgie ; c'est un minimum. Leurs fonctions seront pénibles : arriver chaque matin, de bonne heure, dans un hôpital éloigné, cela se paie au moins aussi bien que le service d'externe ordinaire attaché au traitement des malades hospitalisé : 50 francs par mois pour les services excentriques, 30 francs par mois pour les services du centre. Nous compterons 144 externes, au minimum, dont 80 pour les services éloignés et 64 pour les services du centre : Cela donnera au bas mot = 71.040 francs, lesquels joints aux 84.000 alloués aux chefs de service établissent les dépenses minima nécessaires pour le personnel médico-chirurgical = 155.040 francs.

Je n'exagère en rien, il me semble, et je compare cette grosse somme d'argent au service actuel du Bureau Central, assuré (plus ou moins régulièrement) par 22 médecins, 16 chirurgiens et 12 externes du Bureau Central, représentant en bloc une dépense annuelle de 42.000 à 43.000 francs. De là, aux 155.000 francs demandés, il y a de la marge, comme l'on dit.

* * *

Mais, objectera-t-on, vous êtes les premiers à réclamer des réformes. Vous criez contre le Bureau Central de l'Hôtel-Dieu, vous sollicitez une réorganisation des consultations : on vous offre un projet coûteux (trop coûteux peut-être) et vous le refusez d'abord, sans en offrir un meilleur ni plus économique.

A quoi nous répondrons : on ne nous demande pas notre avis, on nous supprime sans phrases. Nous avons des projets, meilleurs les uns que les autres, plus pratiques, peu coûteux (pour ce qui est, du moins, du personnel médico-chirurgical). Loin de nous consulter, on ne nous fait même pas la grâce de nous entendre.

Qu'on nous écoute, et qu'on daigne nous appeler, nous sommes prêts ; nos projets de réformes, de notre côté, sont mûrs, assurément.

Voulez-vous une refonte des services de consultations ? j'ai la mienne, ou pour mieux dire, la nôtre, car c'est une de celles que nombre de nos collègues acceptent le plus volontiers.

Je la résume en trois articles :

Article 1er. — Tous les ans, au 31 décembre, les services de consultation sont répartis dans chaque hôpital, chacun des chefs de service assure sa consultation ; il s'engage à la faire lui-même (aidé ou non d'un assistant choisi par lui), *aux heures réglementaires* fixées par l'Administration.

Article 2. — Le chef de service qui refuse la consultation perd le droit d'admission des malades. Il est suppléé définitivement par un médecin du Bureau Central.

Article 3. — Tous les jours, de 8 heures à midi, un *interne provisoire de consultation*, assisté de 4 externes uniquement chargés de la consultation, examine d'avance et répartit les malades qui se présentent, vaccine, classe les suspects, dirige les contagieux suivant les règlements administratifs, bref, assure le service et règle les questions d'urgence, le tout sous la responsabilité effective du médecin et du chirurgien de service.

Un point, c'est tout ; pour le personnel du moins. En poussant au maximum l'organisation de mon projet, j'arrive à une dépense annuelle de 45.000 francs et je réponds que tout le monde serait content, aussi bien les malades que les médecins : 5 médecins et 5 chirurgiens de consultation, à 3.000 francs l'un, suffiraient amplement pour tous nos hôpitaux généraux.

Cette réforme si simple, qui pourrait devenir parfaite à condition que l'Administration nous imposât, de droit, des horaires de consultation, avec un roulement bien organisé, ne produirait son plein effet que flanquée de deux autres réformes : 1° la *réorganisation matérielle* des services de consultation, presque impraticables ; 2° la création dans chaque hôpital de *services spéciaux* affectés aux maladies de la peau, des yeux, des oreilles et du larynx et dirigés par trois collègues spécialistes.

Ces questions capitales, au premier chef, feront l'objet d'un autre article.

M. Letulle.

HOPITAUX

Concours du Bureau central (médecine). — Le Jury du prochain concours est provisoirement composé de MM. Fournier, Grancher, Audhoui, Cuffer, Balzer, Rendu, Nélaton.

NOUVELLES

Collège de France. — M. le docteur Charrin, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, est nommé préparateur de la Chaire de médecine en remplacement de M. d'Arsonval, nommé professeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

29 avril 1895.

Traitement de deux cas de cancer par la sérothérapie. — MM. **Richet** et **Héricourt** ont appliqué la sérothérapie à un cas de fibro-sarcome récidivé et à un cas de cancer de l'estomac. Le sérum provenait d'un âne et de deux chiens auxquels MM. Richet et Héricourt avaient injecté le liquide obtenu par le broiement d'un ostéo-sarcome de la jambe enlevé par M. Reclus.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui avait été opérée en octobre 1894, par M. Terrier, d'une tumeur présentant l'aspect d'un fibro-sarcome, du volume d'une orange, remontant à huit mois, adhérente aux 6e, 7e et 8e côtes, sans envahissement des téguments. En février 1895, la tumeur récidivée avait le volume d'une noisette, et un mois plus tard, le 7 mars dernier, celui d'une petite orange. Le traitement sérothérapique fut commencé le 12 mars ; les injections, faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 centimètres cubes environ de sérum, furent continuées pendant quarante jours, ce qui représente une dose totale de 120 centimètres cubes de sérum. A partir du 26 mars, la tumeur diminua manifestement, et cette diminution s'accentua de plus en plus. Actuellement, on ne trouve plus à sa place qu'une plaque d'induration, dont les contours sont difficiles à délimiter et dont le volume, dans son ensemble, n'atteint pas le tiers du volume de la tumeur primitive. L'état général s'est sensiblement amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable. Donc, une tumeur de nature certainement cancéreuse a non seulement été améliorée, mais *guérie* par les injections de sérum, alors que tout traitement autre que l'ablation par l'instrument tranchant eût été certainement impuissant.

La seconde observation est due à M. Reclus. Un individu de quarante-quatre ans, entra à la Pitié le 27 mars dernier pour une tumeur de la région épigastrique inférieure, du volume d'une grosse orange, qui fut diagnostiquée cancer de l'estomac. Toute intervention chirurgicale ayant été considérée comme impossible, le traitement sérothérapique fut décidé et commencé le 6 avril par une première injection de 4 centimètres cubes de sérum. De cette date au 24 du même mois, on injecta la dose relativement considérable de 64 centimètres cubes. Une amélioration dans l'état général survint promptement. Le poids du malade qui, le 10 avril, était de 57 kilogrammes, était le 16 de 58 et le 23 de 60 kilogrammes. Dès le 10 avril également, la tumeur avait diminué de volume, et cette diminution s'accentuait assez rapidement pour que le 20 du même mois elle ne fût même plus sentie comme tumeur isolée, saillante. La palpation de la région épigastrique ne donnait plus que la sensation d'un plan résistant, d'une sorte d'empâtement profond, très vague, difficile à limiter.

L'amélioration a donc été rapide, éclatante et incontestable, au point que l'on peut se demander s'il n'y a pas eu là, une erreur de diagnostic.

L'observation de M. Terrier n'en reste pas moins venant prouver que le sérum anticancéreux a guéri un cas de cancer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 avril 1895.

Tuberculose larvée des trois amygdales. — **M. Dieulafoy**, à côté de la tuberculose aiguë du pharynx douloureuse, granuleuse, à côté de la tuberculose chronique, ulcéreuse, sans grand retentissement lymphatique décrit une troisième forme qu'il désigne sous le nom de *tuberculose* larvée, confondue d'une part avec les végétations adénoïdes, d'autre part avec l'hypertrophie simple des amygdales.

Le fait ressort clairement des expériences d'inoculation pratiquées à des cobayes avec des fragments de tissu adénoïde ou d'amygdales enlevés par MM. Cuvillier, Castex, Ménard, Caillot, Bonnier. 96 inoculations ont donné des résultats tels que le professeur Dieulafoy a pu en conclure que 12 fois sur 100 les hypertrophies amygdaliennes et 20 fois sur 100 les végétations adénoïdes sont tuberculeuses.

Et ce n'est pas là une tuberculose secondaire, mais bien une tuberculose primitive, larvée, dont la pathogénie est, du reste, facile à concevoir.

En effet, en premier lieu, il est bien établi que les sujets auxquels tissus adénoïdes ou amygdales hypertrophiées ont été enlevés étaient, héréditairement, ce qu'on est convenu d'appeler des lymphatiques, excellents terrains de culture pour le bacille.

D'autre part on sait, d'après les travaux de Straus que la présence de bacilles tuberculeux virulents dans les cavités nasales d'individus sains, est évidente que la déglutition d'aliments contenant le bacille de Koch peut infecter les amygdales et le tissu adénoïde du pharynx, alors même que l'épithélium est intact.

Voilà donc expliquée la première étape de la tuberculose larvée pharyngienne.

Cette première étape peut ne pas être franchie, l'infection tuberculeuse étant enrayée ; mais, par contre, le bacille peut aussi évoluer, et retentir sur le système ganglionnaire.

Cette tuberculose ganglionnaire peut, elle aussi, s'arrêter dans son évolution et guérir; ou bien, sous l'influence d'infections secondaires, scarlatine, rougeole, coqueluche, évoluer vers la suppuration et se généraliser. Alors, de ganglions en ganglions, de réseaux en réseaux, le bacille arrive à la grande veine lymphatique ou au canal thoracique, est lancé dans la circulation veineuse, et par le cœur droit arrive enfin au poumon.

C'est là une troisième étape, pendant laquelle le bacille pourra encore s'arrêter, d'où la guérison, ou continuer son évolution, d'où les hémiplégies et finalement la vulgaire tuberculose pulmonaire.

Dans une communication ultérieure, M. Dieulafoy exposera quel doit être le traitement de cette forme de tuberculose si intéressante par elle-même et par son rôle pathogénique dans les adénites et dans la phthisie pulmonaire.

M. Chauveau a communiqué autrefois à l'Académie plusieurs observations prouvant que, chez les animaux auxquels on fait ingérer des aliments tuberculeux, l'infection peut se faire par inoculation au niveau du tissu adénoïde de la base de la langue ou de l'isthme du gosier, inoculation attestée par des tuméfactions ganglionnaires au niveau du cou et de la région sous-maxillaire. L'inoculation tuberculeuse peut se produire à la faveur d'une petite érosion, mais souvent aussi on ne trouve aucune altération de l'épithélium.

Ces exemples montrent que les faits de M. Dieulafoy avaient déjà été observés et signalés chez les animaux.

Il est également établi que les tuberculoses locales peuvent guérir sans se généraliser, chez les animaux comme chez l'homme. M. Chauveau n'a jamais pu donner une infection généralisée aux bovidés en leur inoculant de la matière tuberculeuse dans le tissu conjonctif sous-cutané.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 avril 1895.

La formation du glycogène dans l'organisme animal. — M. Kaufmann, contrairement à M. Dastre, soutient que le glycogène passe, au même titre que le sucre, en solution dans le plasma sanguin. En effet 1° M. Livierato, a constaté la présence manifeste du glycogène, en dehors des globules sanguins, sur des préparations sèches de sang; 2° M. Lépine a établi qu'un quart d'heure après sa sortie des vaisseaux, le sang contenant une plus grande quantité de matière glycogène ; 3° Il a réussi à déceler au moyen de réactifs habituels l'existence du glycogène dans le sérum sanguin d'un chien rendu préalablement diabétique par l'extirpation du pancréas.

M. Dastre fait remarquer qu'en soutenant avec Cl. Bernard que le glycogène est fixé sur les éléments anatomiques, il a seulement visé le sang ou les organes de sujets normaux ; or, le chien sur lequel a expérimenté M. Kaufmann était diabétique.

De ce que le sang de cet animal contenait de la matière glycogène, on ne saurait inférer que celle-ci se rencontre également dans le sang d'un chien bien portant. Il est probable, en effet, qu'à l'état pathologique les rapports de la matière glycogène et du sang sont renversés.

M. Kaufmann considère l'état pathologique comme l'exagération de l'état physiologique ; en expérimentant sur un chien diabétique, il a peut-être grossi le phénomène, mais ne l'a pas dénaturé.

M. Dastre ne croit pas, au contraire, qu'on soit auto

sé à considérer l'état pathologique comme une simple agération de l'état physiologique : il est infiniment us probable qu'il y a là une véritable déviation de énomènes normaux.

En somme, il est établi, que si le sang enlève du ycogène au foie, il n'en enlève qu'une portion infinisimale, tandis qu'il charrie une quantité de sucre lativement considérable. Il maintient donc que le ycogène est une forme fixe des hydrates de carbone r rapport au sucre, qui en est la forme mobile ou rculante.

Nouvelles recherches sur la résistance à la tigue des rats décapsulés depuis longtemps. **M. Boinet** (de Marseille). La résistance à la fatigue onze rats décapsulés, l'objet de sa dernière communition, pouvant laisser supposer une régénération au oins partielle des capsules surrénales, a pris au hasard ux de ces rats décapsulés depuis cinq mois, les a crifiés et, à l'autopsie, n'a pas trouvé la moindre ace de ces organes.

Deux nouvelles séries d'expériences lui ont prouvé, ntrairement aux idées régnantes sur les fonctions des psules surrénales, que des rats doublement décapsés depuis six et sept mois ont presque aussi bien isté que des rats sains à une fatigue intensive proite soit par la rotation à la vapeur, soit par des déarges électriques.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1er mai 1895.

Fistules uretéro-vaginales. — **M. Ricard.** A propos de la guérison spontanée de certaines fistules uréro-vaginales, je ferai remarquer que le diagnostic en est uvent très délicat et qu'on peut assez facilement prenre pour une fistule de l'uretère ce qui n'est qu'une fistule la vessie. L'injection dans la vessie de liquide coloré tranche pas toujours la question ; en effet, si le liquide sort pas par le vagin, on ne doit pas en conclure que fistule n'est pas vésicale, la forme et la configuration la fistule pouvant ne permettre qu'une issue intermitte soit de l'urine, soit des liquides injectés.

M. Tuffier. En faisant la communication qui a donné issance à cette discussion, j'ai insisté sur l'étiologie, mécanisme et le traitement des fistules uretéro-vagiles.

J'ai dit d'abord que leur siège à droite est le plus fréent : sur 28 observations que j'ai recueillies je trouve effet que 7 fois seulement la fistule est à gauche. urquoi et comment l'uretère droit est-il plus facileent lésé que le gauche ? Je pense que cela tient à la is grande difficulté des manœuvres opératoires à oite, et non, comme on a dit, à la prédominance des ions : je ne sache pas que les annexes droites soient is adhérentes ou plus gravement atteintes que les nexes gauches.

A propos du traitement, j'ai fait observer qu'il existe s fistules incomplètes dont la guérison spontanée est ssible. Ce fait a paru étonner ; il est cependant incontable. Les plaies latérales de l'uretère guérissent ontanément à n'en pas douter : je n'en veux pour uve que l'uretérotomie sans suture que l'on a proposée préférence à l'uretérotomie avec suture, parce qu'elle plus simple et se termine par la guérison sans ule, tout comme la seconde.

Enfin on m'a objecté que peut-être il ne s'agissait pas fistule uretérale, mais bien de fistule vésicale. Dans e de mes observations, j'ai lié l'uretère par la voie dominale et l'urine a cessé de couler : il s'agissait nc bien de fistule uretérale. Dans l'autre, j'ai pu introre une sonde et à moins de supposer, ce qui est dmissible, qu'elle s'est enroulée plusieurs fois sur elleme, elle a bien dû pénétrer dans l'uretère. Mais en eille circonstance, le mieux sera désormais de praquer la cystoscopie et le cathétérisme rétrograde de retère, avant l'opération pour s'assurer du siège exact la fistule, après pour voir s'il existe ou non un rétrésement. Je persiste à croire, en effet, que les rétrésements de l'uretère entraînent un pronostic fâcheux, si d'ailleurs que l'ont démontré les expériences de yon, de Basy et les miennes.

Quant à la thérapeutique, nous sommes fixés sur un nt, c'est que la néphrectomie est un pis aller et que opérations conservatrices doivent toujours être tens. Je donne la préférence à l'uretéro-néo-cystostomie la voie vaginale. Quoi qu'on en ait dit, on peut libél'uretère par le vagin, l'abaisser et le suturer à la sie. L'opération est loin d'être compliquée et les objecns qu'on lui fait ressemblent assez à celles que l'on a es à l'hystérectomie et n'ont pas plus de valeur. Ce st qu'exceptionnellement, quand l'uretère n'est pas issable, que la voie abdominale serait à recommander. Comme procédé exceptionnel, je crois enfin qu'on rrait avoir recours au procédé de Rydigier.

M. Bazy. Je voudrais insister encore sur la bénignité la facilité de l'uretéro-néo-cystostomie pratiquée par voie abdominale. Les résultats que j'en ai obtenus sont rfaits : chez une de mes malades existait une hydrophrose due sans doute à un rétrécissement au niveau la fistule. Cette hydronéphrose a disparu après l'inervention et n'a pas reparu. Chez l'autre, il y avait nifestement de l'uretéro-pyélite infectieuse ; or, à la te de l'opération tous les accidents ont disparu : la lade n'a plus de fièvre et a engraissé de 12 kilogrammes.

Hystérectomie abdominale totale pour fibromes. **M. Reynier.** Dans la dernière séance, M. Richelot nous ommuniqué un procédé fort ingénieux d'hystérectomie dominale totale. Persuadé comme lui qu'il faut supmer le pédicule et que les méthodes actuelles sont n d'être parfaites, je suis fort disposé à essayer ce uveau mode d'intervention. Mais je voudrais le comrer avec celui de Lanphear qui en diffère fort peu me paraît même préférable. Lanphear commence lier et sectionner les annexes, puis, inclinant le fond l'utérus en arrière, fait une incision transversale du itoine et détache méthodiquement la vessie de l'utérus ; ensuite il passe un doigt dans le vagin et perfore le cul-de-sac antérieur aux ciseaux. L'utérus est alors fortement attiré en avant et on procède de même pour le cul-de-sac postérieur. Quand ce dernier cul-de-sac est ouvert, l'utérus est confié à un assistant qui le tire en haut et latéralement ; on introduit une pince à hystérectomie de Polk par le vagin laissant une main dans le ventre pour guider les mors de l'instrument. Lorsqu'on s'est assuré que toutes les parties molles, formant en quelque sorte le pédicule latéral de l'utérus sont bien saisies, on serre la pince. Mêmes manœuvres du côté opposé, puis section au ras des pinces et ablation de l'utérus. Fermeture de la plaie abdominale et pansement.

Ce procédé ne diffère du procédé de M. Richelot que par la ligature des annexes et l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Or je pense que la ligature des annexes et leur ablation diminue la hauteur du ligament large et par suite favorise le placement de la pince. Quant à l'ouverture du cul-de-sac postérieur, elle me paraît préférable au trou pratiqué par Richelot à la base du ligament large. On peut craindre en effet que l'artère utérine soit perforée ou reste en dessous du trou et que par suite elle donne du sang. Enfin j'ajoute que la ligature préalable des annexes permet de ne pas faire diverger les pinces en dehors et de mieux éviter, par suite, la blessure de l'uretère.

Je regrette que M. Richelot ne nous ait pas donné des observations détaillées, avec le poids, le volume, les rapports du fibrome, tout autant de détails nécessaires pour bien apprécier les avantages de son procédé. Pour moi je reste partisan de l'hystérectomie abdominale suivant le procédé de Bouilly que je trouve préférable à l'opération de Lanphear, modifiée par Richelot.

Restauration du nez par support métallique. — **M. Villard** lit une observation de restauration du nez par support métallique. La difformité nasale était consécutive à une carie d'origine syphilitique. Le malade était âgé de quarante-neuf ans lors de l'opération. L'intervention remonte actuellement à dix mois et le résultat est très satisfaisant. L'appareil est très bien toléré.

Injections de teucrine dans les abcès froids. — **M. Quénu** montre un malade auquel il a guéri un abcès froid tuberculeux, d'origine osseuse, après six injections de teucrine, à raison de 3 grammes par injection.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

3 mai 1895.

Névrite périphérique d'origine traumatique. — **M. Catrin** présente un cavalier, âgé de vingt-trois ans, qui, à la suite d'une fracture avec cal vicieux, ayant nécessité depuis 1891 des séjours très prolongés dans les hôpitaux militaires, présente depuis près de deux ans sur la jambe fracturée, une zone d'anesthésie, accompagnée de tous les signes d'une névrite périphérique (diminution de 2 degrés environ dans la température, atrophie partielle, troubles des réflexes, etc.) ; dans la région anesthésiée se trouvent deux zones d'hyperesthésie très nettes, avec douleurs spontanées, comparées à celles que produirait une plaie permanente. Il n'existe d'ailleurs, aucun signe d'hystérie, et le malade ne présente (en dehors d'un chancre survenu il y a cinq ans environ et non suivi d'accidents ultérieurs) aucune tare pathologique héréditaire ou personnelle. Ce mélange de zones d'anesthésie et de zones d'hyperesthésie peut donc s'observer dans la névrite périphérique à l'exclusion de toute intervention de l'hystérie.

M. Rendu fait remarquer que le même phénomène peut se constater dans des cas de névrite périphérique indépendants de tout traumatisme, tels qu'on en observe, par exemple, chez des malades affectés de zona.

Péritonite tuberculeuse traitée par l'injection de naphtol camphré. — **M. Catrin**, ayant eu, depuis le mois de mars dernier, à traiter trois cas de péritonite tuberculeuse, soumit au traitement par l'injection de naphtol camphré (dans la proportion d'une partie de naphtol pour deux parties de camphre, conformément à l'avis de M. Rendu) un malade, atteint de tuberculose pulmonaire avancée principalement du côté gauche, en même temps que d'une péritonite dont la nature spécifique fut établie par l'injection au cobaye du liquide extrait au cours d'une première ponction. L'épanchement s'étant reproduit rapidement, M. Catrin fit, après seconde ponction qui donna également issue à 4 litres de liquide, une injection de naphtol camphré et constata d'abord une réaction caractérisée par de la douleur, une augmentation de l'hyperthermie et des vomissements ; au bout de peu de jours l'état général se trouva relativement meilleur et à partir du huitième jour environ, on pouvait sentir la formation d'un gâteau péritonéal, et l'épanchement ne s'est pas reproduit depuis lors. La péritonite adhésive, qui est le but de cette méthode thérapeutique, paraît donc avoir été favorisée par l'injection.

M. Rendu déclare que le gâteau péritonéal, à la formation duquel on assiste dans ces conditions, disparaît parfois au bout de cinq ou six mois.

Rappelant la malade qui avait fait le sujet de sa première observation et dont le liquide péritonéal avait également tuberculisé un cobaye, il ajoute qu'après avoir joui d'une santé parfaite pendant une demi-année environ, elle a présenté les signes d'une carie du sternum, puis une diarrhée chronique et enfin une stéatose généralisée qui a été la cause de sa mort. A l'autopsie, le péritoine était gris, épaissi, mais exempt de lésions tuberculeuses ; celles-ci existaient seulement dans les ganglions où l'infection paraît avoir été ainsi localisée.

Hématémèse consécutive à une hystérectomie. — **M. Mathieu** cite l'observation d'un malade qui avait subi l'hystérectomie, puis qui avait été transportée dans le service de médecine en raison de vomissements couleur chocolat, fréquents et copieux qui paraissaient justifier le diagnostic de cancer gastrique. La malade, d'aspect cachectique, avait présenté, en effet, successivement de l'anorexie, des vomissements de plus en plus fréquents et enfin des hématémèses abondantes. Le toucher ne révélait, au voisinage du siège de l'opération, aucune tumeur pouvant faire supposer l'existence d'un cancer du petit bassin et le suintement qui s'en écoulait n'offrait pas l'odeur caractéristique de cette lésion. Au bout du quatrième jour seulement, le diagnostic fut rectifié, d'abord en raison de l'importance attribuée justement à la constipation, puis en raison de l'apparition de vomissements nettement fécaloïdes. Les lavements purgatifs et les injections aqueuses, essayées dans l'hypothèse d'une occlusion siégeant à peu de distance du rectum, demeurèrent sans résultats et la malade succomba dans la nuit, avant l'intervention chirurgicale qui venait d'être décidée.

L'autopsie montra qu'il s'agissait ici d'une occlusion d'abord incomplète et lentement accentuée, siégeant à 6 centimètres environ au-dessus de la valvule de Bauhin et constituée à la fois par une inclusion partielle de l'anse intestinale dans la cicatrice opératoire, et par un rétrécissement en même temps que par une torsion due à l'effet d'une bride cicatricielle. Dans ce cas d'obstruction, dont la marche lente contribuait à obscurcir le diagnostic, il est à remarquer que l'estomac paraissait absolument sain macroscopiquement, tandis que l'intestin grêle était fortement congestionné sur toute son étendue, de telle sorte que selon toute vraisemblance les vomissements noirs étaient constitués, dès leur apparition, par des vomissements fécaloïdes colorés par le fait d'une transsudation intense résultant de la congestion intestinale.

Syphilis du cœur, caractérisée par un pouls lent permanent. **M. Rendu** communique l'observation d'un plombier, âgé de quarante-trois ans, n'ayant jamais présenté d'accidents saturnins et n'ayant signalé dans ses antécédents que quelques attaques de rhumatisme infantile, qui fut amené dans son service avec l'aspect cachectique d'un cardiaque avancé. Comme dans les autres services, où il avait été soigné précédemment, on ne remarqua sur la peau aucune trace de lésion pouvant faire songer à la syphilis. Le malade œdématié et pâle présentait un cœur gros, dont la pointe battait dans le sixième espace, un souffle imputable à l'insuffisance mitrale, avec piaulements musicaux très manifestes, et un pouls extrêmement lent. Sous l'influence de la digitale, les symptômes d'asystolie s'atténuèrent, l'œdème disparut, mais l'orthopnée persista, ainsi que le souffle et les piaulements et surtout la lenteur des pulsations qui, sans arythmie et sans faux pas, ne dépassèrent jamais le chiffre de 32. Le caféine parut augmenter la force des battements cardiaques, mais ne releva pas la lenteur du pouls et ne diminua guère la dyspnée. La mort survint brusquement, par syncope.

A l'autopsie, on trouva un ventricule gauche très volumineux, sans indice de thrombose, et présentant une plaque jaune, à épaississements cartilagineux qui s'étendaient depuis les valvules aortiques jusque vers l'origine des muscles papillaires et qui produisaient un rétrécissement, correspondant parfaitement à la localisation des bruits pathologiques observés. A la base de la région aortique, vers l'insertion de la valvule mitrale, existait une gomme syphilitique, apparaissant sous l'aspect d'un gros noyau jaune et caséeux, entouré d'un anneau fibreux qui lui-même s'entourait d'une aréole de congestion et de prolifération embryonnaire.

Les phénomènes cliniques comprenaient, en dehors des signes de l'insuffisance mitrale, un pouls lent permanent, qu'on pourrait rapporter à l'existence de la tumeur précitée. Mais les faits de syphilis cardiaque signalés par Lancereaux, par Lang et par d'autres observateurs encore, indiquent dans tous les cas de ce genre un pouls faible et rapide. Dans le cas actuel, la lenteur du pouls n'est imputable à aucune altération protubérantielle et bulbaire. En revanche, la bradycardie, dans ce cas, trouve une explication très vraisemblable dans l'altération des reins qui présentaient une sclérose manifeste.

M. Gouraud demande s'il existait des lésions cutanées de nature syphilitique.

M. Hayem fait observer que, dans certains cas d'adipose cardiaque pouvant se produire dans le cours d'une syphilis ancienne et portant spécialement sur les fibres striées qui se trouvent alors remplacées par des gouttelettes graisseuses, le pouls lent permanent a été noté pendant la vie, et la teinte chamois des parties musculaires envahies tranche, à l'examen nécroscopique, sur la couleur rose des parties saines.

M. Rendu répond que les lésions viscérales, en l'absence de toute lésion cutanée, paraissaient tout à fait caractéristiques à l'examen macroscopique, et que d'ailleurs il a eu soin de conserver les pièces qui permettront le contrôle microscopique de la nature spécifique des altérations cardiaques.

BIBLIOGRAPHIE

Édouard Meyer. — *Traité pratique des maladies des yeux*, 4e édition. 1 vol. in-8°, avec 261 figures. Prix : 12 fr. (Georges Masson, éditeur).

L. Brocq et L. Jacquet. — *Précis élémentaire de dermatologie*. IIIe volume, maladies en particulier, dermatoses microbiennes et néoplasies cutanées, 1 vol. pet. in-8° de l'Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. Prix : 2 fr. 50 (Georges Masson, éditeur).

E. Terrier. — *Précis d'hydrothérapie scientifique* de N. Pascal. Deuxième édition, 1 vol. in-12, de 270 pages. Prix : 3 fr. 50 (Société d'éditions scientifiques).

G. Bardet. — *Formulaire des nouveaux remèdes*. Huitième édition, 1 vol. in-16 cartonné. Prix : 4 fr. (Octave Doin, éditeur.)

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré :

LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE.

POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.

Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

Glycérophosphates

PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*

1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements,** etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES

CREOSAL DUBOIS

Envoi franco brochure et échantillons | PARIS, 56, Quai Jemmapes

---

GRANULÉS EFFERVESCENTS de CHLORALOSE BAIN

HYPNOPTIQUE NOUVEAU (Formule HANRIOT et Ch. RICHET)

B. BAIN & FOURNIER, seuls Préparateurs, 43, *Rue d'Amsterdam, Paris.*

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES - TUBERCULOSE

CAPSULES COGNET

TOUTES PHARMACIES | EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ | PARIS 43, R. SAINTON

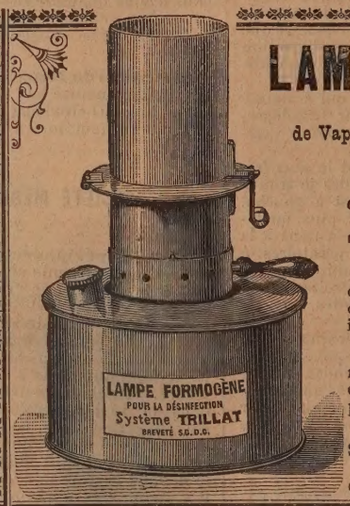
PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Sé des CELLULES NERVEU

par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par

Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABE**

DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.

PARIS, 64, Faubourg Poissonnière



LAMPE FORMOGÈNE

à dégagement de Vapeurs d'Aldéhyde formique (FORMOL)

POUR LA

DÉSINFECTION

complète, simple, rapide et économique

DE TOUS LES APPARTEMENTS, CHAMBRES DE MALADES, SALLES D'HOPITAUX, ECOLES, etc.

Cet Appareil fonctionne par l'alcool de bois que l'on trouve couramment dans le commerce et dont le prix est insignifiant.

La DÉSINFECTION par ce procédé n'entraîne à aucun déménagement, ne détériorant aucun objet et ne laissant pas trace d'odeur.

VENTE EN GROS :

SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES

9 et 11, Rue de la Perle, Paris

qui enverra une Notice explicative sur demande.

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON

ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU

FLACON D'ECHANTILLON franco à MM. les médecins qui en font la demande.

Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES

PHOSPHATE DE CREOSOTE DUBOIS

Poudre titrée au 1/15e | PARIS, 56, Quai Jemmapes

PILULES DE BLANCARD

Approuvées par l'Académie de Médecine

ET

SIROP DE BLANCARD

A L'IODURE DE FER INALTÉRABLE

Ces préparations sont employées avec succès dans la Chlorose, l'Anémie, les Pâles couleurs, la Syphilis constitutionnelle, le Lymphatisme et dans toutes les maladies (Tumeurs blanches, Goitre, etc., etc.) que détermine le germe scrofuleux.

Dose. . . . { Pilules, 2 à 6 par jour. / Sirop, 1 à 3 cuillerées par jour.

Flacon 100 pilules, **4** fr. ; 1/2 flacon, **2** fr. **25** ; flacon sirop, **3** fr.

SOLUTION ET COMPRIMÉS DE BLANCARD

A l'Exalgine

Contre les Migraines, Névralgies nerveuses, dentaires, musculaires, le Rhumatisme, la Céphalalgie, les Douleurs utérines, la Chorée des enfants, la Sciatique, la Dysphagie, etc , etc.

Dose. . . { Solution, 1 à 4 cuillerées en 24 heures. / Comprimés, 4 à 16 — —

Chaque cuillerée à soupe de solution contient 0 gr. 20 ; chaque comprimé 0 gr. 05 d'exalgine

Flacon solution, **5** fr. ; 1/2 flacon, **2** fr. **75** ; flacon comprimés, **3** fr.

Vente en gros **BLANCARD et Cie, 40, rue Bonaparte, PARIS**